

Рычагов Г.П., Нехаев А.Н., Кремень В.Б.,  
Скобей Б.В., Назаренко П.М.

**ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ  
ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ  
С ПЕРИАППЕНДИКУЛЯРНЫМ  
АБСЦЕССОМ**

/ Минск /

За период с 1993 по 1997 год включительно в клинике общей хирургии Минского государственного медицинского института оперировано 1472 больных с острым аппендицитом, из них 1144 (77,7%) по поводу деструктивных форм его. После аппендэктомии по поводу острого флегмонозного и гангренозного аппендицита гнойно-воспалительные осложнения наблюдались у 15 % больных, в то же время как после катарального лишь 5,8%.

Периаппендикулярный абсцесс, как форма отграниченного перитонита, значительно утяжеляет состояние больного, стусевывает клиническую картину острого аппендицита, усложняет работу хирургической бригады из-за наличия инфильтрата в окружающих червеобразный отросток тканях и большой степени риска контаминации брюшной полости и операционной раны высоко-

вирулентной инфекцией. У наших больных периаппендикулярный абсцесс наблюдался в 46 (4%) случаях. Из-за сложности дооперационной диагностики у 6 (13%) использована средне-срединная лапаротомия. После выполнения в 43 (93,5%) случаях типичной и в 3 (6,5%) ретроградной аппендэктомии, санации полости абсцесса операцию закончили у 36 (78,3%) больных дренированием брюшной полости тампоном "сигарой" и полихлорвиниловой трубкой, у 6 (13%) - оставлением в брюшной полости микроирригатора для антибиотиков. Лишь у 4 (8,7%) больных операционная рана была зашита наглухо. Бактериологическое исследование гноя из полости абсцесса в 76,1% случаев выявило кишечную палочку, в 2,2% - грамположительную палочку, в 4,4% - стрептококки, в 6,5% - стафилококки. В 10% случаев посевы на аэробную микрофлору роста не дали. Чувствительность выявленной микрофлоры к антибиотикам была весьма пестрой. Кокковая флора наиболее чувствительной оказалась к левомицетину, ампициллину, пенициллину, тетрациклину, оксациллину. Грамотрицательные и грамположительные палочки в свою очередь были чувствительны к левомицетину, эритромицину, карбенициллину, ампициллину и гентамицину.

У 8 (17,4%) больных, оперированных по поводу острого аппендицита с периаппендикулярным абсцессом, послеоперационные осложнения потребовали релапаротомии. В 2 (~4,4%) случаях она была вызвана развитием ранней послеоперационной спаечной кишечной непроходимости, в 4 (8,7%) - абсцессом в области культи червеобразного отростка, в 1 (2,2%) - поддиафрагмальным абсцессом и в 1 (2,2%) - прогрессирующим перитонитом с абсцессом в малом тазу. Если исключить все случаи дренирования брюшной полости тампоном-"сигарой" и полихлорвиниловой трубкой, то нагноение послеоперационной раны отмечено у 20% и инфильтрат у 3% больных. В сроки от 2 до 4 месяцев повторно госпитализировано 2 (4,4%) больных с множественными лигатурными свищами, которые потребовали оперативного вмешательства. Тяжелое течение послеоперационного периода у больных с периаппендикулярными абсцессами в 2,4 раза увеличило время их нахождения в стационаре. Летальных исходов не было.

Таким образом, периаппендикулярный абсцесс является серьезным осложнением острого аппендицита, значительно усложняющим оперативное пособие и неблагоприятно влияющим на течение послеоперационного периода. Учитывая большую частоту послеоперационных осложнений у данной группы больных, требующих порой релапаротомии, необходимо тщательно подходить к вопросам выбора хирургического доступа, объема оперативного вмешательства, санации брюшной полости, адекватности дренирования ее, дезинтоксикационной и антимикробной терапии.